N° 21.

ESSAI

SUR

L'ANÉVRYSME

DE L'ARTÈRE POPLITÉE.

Tribun académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE 29 MARS 1837,

Par GUSTAVE VRIGNAU,
né à PESSINES (Charente-Inférieure),
Chirurgien entretenu de la Marine;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

A MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets !

A MON EXCELLENTE MÈRE.

Tribut d'amour filial.

A MON ONCLE,

Monsieur BACHELOT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

CAPITAINE DE VAISSEAU RETRAITÉ.

Reconnaissance et attachement.

A Monsieur LEPRÉDOUR,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

D.-M., SECOND CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MARINE AU PORT DE ROCHEFORT.

Respect et reconnaissance.

VRIGNAU.

internes et en *externes*, soit par rapport à leur situation, soit par rapport à la nature de leurs causes.

En chirurgie, la dénomination d'*anévrysmes* a été attribuée indistinctement aux tumeurs formées par le sang artériel, soit que les vaisseaux qui contiennent ce liquide aient éprouvé des dilatations anormales ou des érosions de toutes ou quelques-unes de leurs tuniques; soit qu'à la faveur de blessures ou de ruptures faites ou survenues à ces canaux, le sang ait pu s'épancher ou s'infiltrer dans le tissu cellulaire ; soit, enfin, que par suite de divisions simultanées et correspondantes d'artères et de veines adossées, le sang qui circule dans les premières pénètre librement dans les secondes. Sous ce point de vue, ces lésions donnent lieu à trois genres différents d'*anévrysmes*, désignés par les dénominations d'*anévrysme vrai*, d'*anévrysme faux* et d'*anévrysme variqueux*.

Il est résulté quelque irrégularité et quelque confusion de la réunion, sous un titre semblable, d'affections d'origine et de nature si différentes, et qu'accompagnent des symptômes quelquefois si peu analogues. On a essayé d'atténuer cet inconvénient en isolant des anévrysmes appelés *vrais*, les deux autres variétés nommées *traumatiques*, et rangées, non sans quelque raison, parmi les accidents des plaies des artères, par quelques pathologistes.

Si l'on observe, toutefois, que le rapprochement des lésions artérielles *anévrysmales* de tous les genres présente, sous le rapport de la thérapeutique, des avantages réels, on doit peu regretter que l'usage ait prévalu et que l'on ait essayé vainement de faire disparaître ces inconvénients. Quel que soit, en effet, le traitement des tumeurs *anévrysmales* externes, leur nature repose toujours sur les mêmes principes, elles nécessitent les mêmes opérations, et, dans la plupart des cas, c'est selon le même mécanisme que doit s'opérer leur guérison. La condition de cette guérison est l'oblitération des vaisseaux malades, et l'absorption complète ou partielle du sang sorti de leur cavité.

On doit aux progrès récents de l'anatomie pathologique des notions exactes et positives sur le mode d'origine, de formation et de struc-

ture organique des tumeurs anévrysmales. Il est résulté de l'ensemble de ces travaux, plus de simplicité dans l'exécution des procédés opératoires qui s'y rapportent, et plus de certitude dans leurs résultats.

Il peut arriver que, les parois des artères qui parcourent les membres s'affaiblissant, elles résistent mal à l'impulsion que le sang reçoit du cœur; qu'elles se dilatent sous l'effort latéral que leur imprime ce liquide: les artères présentent alors moins un véritable anévrysme que le commencement d'une tumeur de ce genre. Il est rare de voir atteindre à un volume considérable ces ampliations quelquefois fusiformes, quelquefois multiples, d'autres fois bornées à un des côtés de l'artère, et comprenant néanmoins toute l'épaisseur de la paroi artérielle. C'est ce genre de lésion dont Scarpa nia presque l'existence, ou qu'au moins il ne considérait pas comme appartenant à la classe des anévrysmes proprement dits, et que Dupuytren, MM. Boyer, Richerand et Hodgson, entre autres, ont constaté sur quelques sujets. Mais lorsque la maladie se prolonge, fait des progrès, la dilatation est inévitablement et rapidement suivie de l'usure, de l'érosion, et enfin, par suite, de la perforation des tuniques interne et moyenne des vaisseaux. C'est seulement dans ces dilatations que l'on a pu reconnaître l'existence des trois membranes qui, par leur superposition, constituent le tube artériel.

On a observé (Pelletan et Dupuytren) un exemple de dilatation de ce genre, dans le trajet des artères temporales qui présentaient plusieurs renflements distincts, véritables anévrysmes commençants. Cet état d'anévrysme par dilatation, bientôt suivi de l'anévrysme par érosion, peut être considéré, lorsqu'il existe, comme le premier degré de la lésion plus générale et plus fréquente qui bientôt doit lui succéder, lorsque celle-ci ne donne pas primitivement lieu à la maladie.

On a signalé l'inflammation de la tunique interne et moyenne des artères, comme pouvant donner lieu à la formation entre elles d'un plus ou moins grand nombre de collections plus ou moins larges et saillantes, d'une matière analogue à celle qui constitue les *athéromes* du tissu cellulaire. Cette matière venant à se faire jour dans le calibre

du vaisseau, laisse à nu la membrane moyenne affaiblie, par l'érosion de laquelle le sang pénètre, s'échappe, et, remplissant l'issue qu'elle présente, parvient jusqu'à la tunique celluleuse qu'il soulève.

L'ossification, lorsqu'elle est irrégulière et à son début, peut aussi devenir une des causes de la formation des anévrysmes. Lorsque les plaques ossifiées, isolées, présentent des bords tranchants et relevés du côté du calibre de l'artère, la membrane interne affaiblie peut se rompre et présenter au sang une issue plus ou moins facile. La membrane moyenne, détruite dans un point quelconque du contour de la plaque ossifiée, ne pouvant plus opposer au sang un obstacle suffisant, la tunique celluleuse, distendue graduellement, sera la seule barrière qui s'opposera à une infiltration plus considérable. Enfin, on a observé, à la surface interne des artères qui offraient dans divers points de leur étendue des plaques jaunâtres, athéromateuses et des ossifications irrégulières, des ulcérations qui pénétraient dans l'épaisseur du vaisseau, après avoir détruit ses membranes interne et moyenne. Sur ces points ulcérés, la tunique extérieure, seule respectée, était soulevée par le sang, et des anévrysmes étaient imminents ou existaient déjà à l'état rudimentaire. Dans tous les cas, l'affaiblissement, la rupture et l'érosion des membranes interne et moyenne livrent passage au sang; la tunique celluleuse, supportant seule son effort latéral, ne tarde pas à être elle-même soulevée.

Il est possible que l'existence d'altérations multipliées de ce genre, dont les progrès produisent sur divers points les désordres que je viens de signaler, entraîne simultanément ou successivement des résultats semblables. Lorsque cette prédisposition existe, ne peut-elle pas constituer une véritable diathèse anévrysmale, et donner lieu, à l'occasion des causes les plus légères, à un ou à plusieurs anévrysmes?

De quelque façon que le sang ait pénétré au-delà de la barrière que les deux tuniques interne et moyenne opposaient à son extravasation, lorsqu'il est parvenu à ce point, l'anévrysme présente des dispositions anatomiques semblables, s'accroît en parcourant les mêmes périodes, et finit par déterminer des désordres de même nature.

Ainsi donc, le sang, au début de la maladie, forme sur un des côtés

du vaisseau, en soulevant sa tunique externe ou celluleuse, une tumeur d'abord peu marquée, qui s'accroît graduellement et se trouve en quelque sorte annexée au grand courant sanguin que représente le canal de l'artère. Souvent une ecchymose de cette membrane celluleuse détachée graduellement, et qui plus tard circonscrit le liquide, est le premier phénomène qui annonce la formation de l'anévrysme.

La membrane externe, devenue d'abord plus dense et plus solide, fortifiée par l'application des feuillets celluleux qui l'avoisinent, donne aux tumeurs anévrysmales une dureté et une résistance élastique assez considérables, dans les premiers temps de leur apparition ; la compression, exercée à l'extérieur sur la tumeur, peut faire rentrer dans le vaisseau le sang qui y est contenu, tant qu'il est liquide, qu'il n'existe qu'en petite quantité, surtout si l'ouverture qui lui a donné passage offre quelque étendue. La compression exercée au-dessus de l'anévrysme permettant à la tumeur de se vider, cette diminution peut, dans les mêmes circonstances, être l'effet de la seule élasticité des tissus. Mais bientôt la tumeur s'accroît par l'accumulation du sang, l'action circulatoire y est plus faible, et le sang, agité de mouvements moins intenses, éprouve bientôt une stagnation qui permet à ses portions les plus extérieures de se coaguler. L'anévrysme à chaque mouvement du cœur est distendu ou affaissé ; à chaque alternative de systole et de diastole des ventricules, une portion du sang y est reçue ou s'en échappe ; mais ce n'est que dans la partie la plus voisine de l'ouverture par laquelle il communique avec l'artère que cette agitation peut avoir lieu, et celui qui occupe le fond de la tumeur ne quitte plus sa cavité. La tumeur anévrysmale alors s'accroît successivement, par sa face interne, de caillots dont la partie la plus liquide est absorbée, et qui, sans cesse repoussés et appliqués les uns contre les autres, par l'arrivée de nouvelles quantités de sang et par l'impulsion réitérée du torrent circulatoire, font acquérir à la tumeur elle-même et à ses parois une épaisseur de plus en plus considérable. Les caillots les plus anciens et les plus extérieurs forment une suite de couches aplaties, membraniformes, lamelleuses, denses, jaunâtres, adhérentes entre elles et aux enveloppes de la tumeur. A mesure qu'ils se rap-

prochent du centre de l'anévrysme, les caillots deviennent plus mous, plus rouges, moins adhérents entre eux, et les plus intérieurs, flottant dans la cavité anévrysmale, se confondent avec le sang encore liquide qui la remplit.

Dans les premiers temps de leur développement, les anévrysmes déplacent peu à peu les organes renfermés dans les mêmes gaînes celluleuses ou dans les mêmes sillons que les artères. Le tissu cellulaire environnant, distendu par eux, s'applique à leur surface externe ; et à mesure que leur volume augmente, les parties, d'abord écartées, sont atteintes à leur tour, entrent dans un contact intime avec la tumeur, contractent des adhérences avec ses parois, et comprimées de dedans en dehors, elles s'aplatissent, perdent leur texture propre et finissent par se confondre avec les enveloppes du sac. C'est ainsi que soulevés, distendus et enfin désorganisés par les tumeurs anévrysmales, les muscles, les tendons, les aponévroses, les nerfs, les membranes séreuses, les viscères et enfin la peau elle-même, subissent l'influence du voisinage de la tumeur anévrysmale. Les os eux-mêmes malgré leur solidité, les cartilages, les ligaments, incessamment frappés par les pulsations de l'anévrysme et par l'effet de la compression qu'il exerce sur eux, sont eux-mêmes détruits.

Sous l'effort organique qui rapproche ces différentes parties, il s'opère entre elles des adhérences ; l'absorption d'une partie de leurs matériaux et la compression qu'elles éprouvent, entraînent leur aplatissement, leur réduction en tissu cellulaire, et déterminent enfin par degrés leur complète destruction. Par suite de ce mouvement qui tend à rapprocher la tumeur de l'une ou de l'autre des surfaces libres du corps, un anévrysme, développé d'abord à une grande profondeur et séparé des téguments par du tissu cellulaire, des muscles, des membranes, des cartilages et des os, après avoir été recouvert de toutes ces parties, les a successivement usées, détruites, et devenu sous-cutané, n'en conserve plus de traces que dans la pellicule mince et fragile qui forme son sommet à l'extérieur.

Les lésions accidentelles dont les parois de la tumeur anévrysmatique deviennent le siége, et qui souvent fournissent à la maladie principale

des complications variées, s'expliquent par les altérations diverses des tissus envahis. Ainsi les nerfs froissés, distendus, déterminent des douleurs, de l'engourdissement, des crampes, des paralysies, etc.; des collections séreuses, des kystes, des abcès peuvent se développer dans le tissu cellulaire. Les parois de la tumeur anévrysmale subissent des transformations généralement partielles, fibreuses, fibro-cartilagineuses ou même osseuses.

Une considération très-importante est la modification que subit, sous l'influence des anévrysmes, le cours du sang. Les branches collatérales placées au-dessus de l'anévrysme se dilatent, reçoivent une plus grande quantité de sang, par suite de la compression qu'exerce la tumeur anévrysmale à l'endroit qu'elle occupe, et d'où résulte la diminution du diamètre du vaisseau lésé. Les branches, quelque volumineuses qu'elles soient, qui naissent du point anévrysmé et qui ont leurs origines comprises dans les parois de la tumeur, comme elle se remplissent de caillots fibrineux, et s'oblitérant jusqu'à une distance plus ou moins grande du sac, deviennent ainsi imperméables au sang. Les branches plus éloignées restent libres : les plus supérieures, en communiquant avec les branches dilatées nées au-dessus de l'anévrysme; les inférieures, en s'anastomosant avec les rameaux ascendants nés plus bas, et qui rapportent le sang qu'ils en ont reçu vers les artères principales au-dessous de l'anévrysme, continuent la circulation dans le membre. C'est ainsi que s'établissent par avance et par l'effet même de la présence de la tumeur, les voies par lesquelles le courant sanguin sera suppléé, remplacé par un autre courant détourné, assez large pour suffire au besoin de la nutrition des parties.

Ce travail, en contribuant à préparer le succès des opérations d'anévrysmes, a fait établir, en général, le précepte de n'opérer ces tumeurs que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain développement. Aussi a-t-on remarqué que les ligatures artérielles réussissent mieux sur les sujets dont la maladie est déjà ancienne, que dans les cas de lésions récentes, qui, obligeant à opérer immédiatement, substituent brusquement un état nouveau à l'état normal. Toutefois, il ne faut pas que cette temporisation doive aller jusqu'à laisser faire à la maladie des progrès qui ajouteraient aux incertitudes et aux difficultés de la guérison.

Plusieurs conditions peuvent accélérer ou ralentir la marche des anévrysmes. Le diamètre de l'ouverture par laquelle s'échappe le sang, le plus ou moins de résistance des tissus au milieu desquels la tumeur se développe, l'état de la circulation, du sujet, etc., ont une influence reconnue sur la rapidité ou la lenteur de leur marche, de leurs progrès. On observe, en général, qu'après avoir été quelquefois stationnaires ou s'être accrus avec lenteur, l'extension des anévrysmes devenait tout-à-coup rapide, et qu'ils prenaient subitement un développement considérable. Cette dernière circonstance paraît dépendre de la rupture subite de quelques-uns des obstacles qui s'opposaient à l'épanchement du sang, en le contenant. On peut supposer que, lorsque l'anévrysme est produit par la dilatation des trois tuniques artérielles, la rupture des deux plus internes peut entraîner ce résultat. Des mouvements considérables, une percussion directe, un violent effort, un emportement de colère, etc., sont les causes occasionelles les plus ordinaires de ce phénomène. On a pu encore, dans quelques cas, attribuer à la déchirure de la membrane celluleuse l'accroissement subit de la tumeur anévrysmale, qui signale le passage de la tumeur de sa première à la seconde période. Alors cette tumeur, privée de la plus solide de ses enveloppes, n'a plus rien qui la distingue des anévrysmes traumatiques plus ou moins circonscrits, et bientôt l'anévrysme, réduit aux parois accidentelles et inégales que les parties voisines lui fournissent, se développe librement et prend une extension aussi considérable que rapide. Le sang s'ouvrant un passage par un des points du kyste plus faible que les autres dans les parties voisines, occasionne des diffusions qui viennent changer entièrement la nature de la maladie, et l'aggravent quelquefois.

La région poplitée présente à sa portion supérieure et moyenne une excavation limitée en dehors par le tendon du biceps, et en dedans par les tendons des muscles demi-tendineux et demi-membraneux; cette excavation, remplie par une grande quantité de tissu cellulaire graisseux, est bornée en arrière par une lame aponévrotique étendue d'un des bords tendineux à l'autre, et séparée de la peau par une couche de tissu adipeux, dont l'épaisseur varie suivant les sujets.

L'artère poplitée, qui descend obliquement de dedans en dehors, depuis sa naissance, qui est à trois pouces environ au-dessus de l'articulation, jusqu'au niveau de celle-ci, où elle correspond au milieu du creux poplité, est placée en haut immédiatement contre le fémur ; plus bas, elle correspond au ligament postérieur de l'articulation et au muscle poplité. De la partie postérieure de l'articulation jusqu'au point où elle se termine, sa direction est perpendiculaire. La veine la recouvre dans tout son trajet, et les deux branches du nerf sciatique, déjà séparées et placées plus superficiellement, correspondent à la face profonde de la lame aponévrotique déjà indiquée. De ces deux branches l'interne avoisine l'artère, tandis que l'externe en est plus éloignée.

Les causes de l'anévrysme de l'artère poplitée sont les mêmes que celles qui donnent lieu aux anévrysmes, en général. La situation de cette artère assez superficielle, son apposition contre un os qui peut servir de point d'appui aux violences extérieures, et le voisinage d'une articulation dont les mouvements sont étendus, multipliés et fréquents, ont été signalés comme motifs de la fréquence de ces lésions. Cependant, les plus fortes extensions imprimées à l'articulation du genou, lors même qu'elles seraient portées jusqu'à un commencement de rupture des ligaments, ne paraissent pas pouvoir déterminer des lésions appréciables de l'artère poplitée. L'extensibilité, l'élasticité et la mobilité de ce vaisseau lui permettent de s'accommoder à tous les mouvements et à toutes les attitudes du membre ; mais si ce vaisseau est malade, si ses tuniques ramollies et devenues friables ont perdu leur élasticité et leur solidité normales, elles peuvent être facilement déchirées et rendues anévrysmatiques. Dans ce cas, l'action du membre n'est que la cause occasionelle de la rupture de l'artère, qui, dans l'état sain, eût supporté impunément une extension qu'une altération qui l'a fixée aux parties voisines, et qui a détruit la résistance de ses parois, a rendue facile. On a vu, par exemple, des anévrysmes poplités succéder à une brusque et violente extension de la jambe, chez des sujets dont les artères présentaient cette prédisposition, et l'artère axillaire est devenue anévrysmatique à la suite d'efforts pour

soulever un fardeau. On peut donc admettre que l'altération des parois artérielles constitue l'altération organique qui précède le plus souvent et favorise l'apparition des anévrysmes, et que lorsque cette condition existe, le développement de cette affection peut être la conséquence de toutes les violences mécaniques susceptibles d'agir, ou directement sur le vaisseau malade, ou même sur le centre circulatoire.

Il résulte des particularités que j'ai indiquées relativement à la disposition de la région poplitée, que l'anévrysme de cette artère peut acquérir un volume assez considérable, avant qu'il soit facile ou possible d'en constater l'existence. La situation profonde de la tumeur, l'épaisseur de la couche adipeuse subjacente à la peau, la résistance qu'oppose l'aponévrose à son libre développement, jettent quelquefois sur son caractère une incertitude que l'examen attentif du malade et l'analyse exacte des circonstances qui ont précédé la maladie peuvent seules dissiper. A mesure que l'anévrysme s'accroît, il remplit graduellement l'excavation dans laquelle est placée l'artère ; la résistance qu'opposent le fémur, l'articulation et ses ligaments, tend à le rejeter en arrière ; l'aponévrose, dans ce sens, lui forme également un obstacle. Aussi, même à une époque avancée de son développement, l'anévrysme du creux poplité présente-t-il une forme aplatie et une largeur considérable. L'une ou l'autre, et quelquefois les deux branches du nerf sciatique, sont soulevées et comprimées contre le feuillet fibreux qui limite en arrière la région ; la veine poplitée et les vaisseaux lymphatiques sont également aplatis et comprimés ; les tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux sont déviés et écartés ; aussi voit-on survenir, dans les anévrysmes déjà anciens de l'artère poplitée, de la gêne, de la difficulté dans les mouvements de l'articulation du genou, un engourdissement et des douleurs dans les muscles de la jambe et du pied, et une infiltration plus ou moins considérable de ces parties. Lorsque la tumeur existant depuis longtemps est devenue très-volumineuse, sa pression sur l'articulation et sur les liens qui l'assujétissent détermine la carie du fémur, la destruction de ses ligaments ou l'érosion des extrémités osseuses qui la constituent. Lorsqu'il arrive, à cette époque de la maladie, des diffu-

sions déterminées par l'infiltration du sang dans la jambe, l'anévrysme poplité n'est que rarement susceptible de guérison par la ligature, et le plus souvent l'amputation de la cuisse est indispensable.

Lorsque l'anévrysme de l'artère poplitée est dû à une lésion appréciable, occasionée par l'action d'un instrument vulnérant : piqûre, blessure ou projectile lancé par la poudre à canon, les circonstances qui ont accompagné cette lésion viennent ajouter à la clarté du diagnostic. Au reste, quoique l'anévrysme de la poplitée présente, à un moindre degré que d'autres tumeurs de ce genre, les signes généraux communs à ces affections, les mouvements d'ampliation et de contraction alternatifs, la dilatation ou le resserrement de la tumeur, son ramollissement ou son endurcissement, lorsqu'on la palpe et que l'on exerce au-dessus ou au-dessous une compression exploratrice, permettent au chirurgien exercé et attentif de discerner la nature de la maladie. Des collections purulentes, des abcès, des kystes nés d'une autre cause, ou produits par la maladie principale elle-même, peuvent ajouter à l'obscurité du diagnostic. Le chirurgien doit alors, en interrogeant avec soin le malade, essayer de reconnaître toutes les circonstances qui peuvent l'éclairer.

Le pronostic de l'anévrysme poplité doit nécessairement varier, suivant le volume plus ou moins considérable de la tumeur, la cause qui lui a donné naissance, les circonstances diverses et les accidents variables qui en précèdent, accompagnent ou suivent l'origine, le développement, la marche ; l'état général du sujet, etc., etc.

Parvenu à son *summum* de développement, l'anévrysme poplité est susceptible de se terminer de plusieurs manières. La peau ayant contracté avec lui une adhérence intime, cette membrane s'amincit, devient bleuâtre ; une escarre gangréneuse, qui ne tarde pas à se rompre, ouvre au sang un passage plus ou moins immédiat, plus ou moins facile ; la mortification envahit plus ou moins profondément l'épaisseur des parties qui forment la tumeur ; les couches les plus extérieures peuvent opposer pendant quelque temps une digue à l'hémorrhagie, qui souvent tarde à paraître, s'arrête spontanément ou sans difficulté, et ne tarde pas à se renouveler plus abondante, plus opiniâtre, et à des intervalles plus rapprochés.

L'on a observé quelquefois que l'anévrysme se guérissait spontanément. Le mécanisme suivant lequel ce résultat heureux se produit, peut varier ; il est dû quelquefois à une inflammation très-violente, suivie de la gangrène des parties, qui, loin d'entraîner la mort du sujet, est suivie de la guérison de l'anévrysme. D'autres fois, la tumeur anévrysmale, au lieu de descendre dans le sens du mouvement circulatoire, se porte du côté du cœur, comprime le vaisseau au-dessus de l'anévrysme ; et on a prétendu que le cours du sang étant affaibli et gêné par cette compression, la guérison a pu s'opérer. Un autre mode de terminaison peut être dû à l'interception du mouvement circulatoire dans toute la cavité anévrysmatique, par l'accumulation de caillots ; de telle sorte que cette tumeur, cessant de recevoir du sang liquide, se solidifie, revient sur elle-même et s'oblitère complétement, l'artère conservant son calibre. Toutefois, le plus souvent ce mode de terminaison détermine l'oblitération du vaisseau.

Enfin, on a vu une inflammation aiguë s'emparer de tumeurs anévrysmales médiocrement volumineuses, les transformer en abcès, avec le pus desquels s'échappaient les caillots sanguins renfermés dans la tumeur, pendant que d'autres caillots, obturant l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, prévenaient les hémorrhagies.

La guérison des anévrysmes externes peut, par les secours de l'art, s'opérer de deux manières principales.

1° Les parois de la tumeur sanguine peuvent, en se replaçant de niveau avec le tube artériel, cesser de former une cavité anormale ; ou 2° cette cavité remplie, obstruée par des caillots, se convertit en un kyste plein, résistant, qui devient imperméable au sang, et dont le volume peu à peu réduit par l'absorption diminue et finit par disparaître.

Le second de ces modes de guérison est presque inévitablement suivi de l'oblitération de l'artère à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'ulcération, la déchirure ou la division traumatique des membranes artérielles, distendues de manière à former la tumeur, peuvent fort rarement revenir vers le vaisseau, de manière à rétablir en quelque sorte sa disposition naturelle ; ce résultat est le

plus ordinairement fortuit, et l'oblitération du canal est le plus souvent inévitable. Les procédés opératoires qui ont pour objet l'oblitération de l'artère, sont ceux qui offrent le plus de certitude.

Le traitement débilitant local et général, ou méthode par anémie, dit le traitement de Valsalva ; le traitement par la compression employée soit sur l'anévrysme lui-même, soit au-dessus ou au-dessous de lui sur l'artère aux dépens de laquelle il est formé, ou sur la totalité du membre ; le mode de traitement par les refrigérants et les styptiques, enfin, les traitemens mixtes, participant de tous ceux que je viens d'indiquer, tour-à-tour rejetés comme insuffisants, peuvent être néanmoins appelés en aide au moyen le plus efficace, qui est la ligature ; celle-ci est plus certaine, applicable avec un égal succès aux différentes périodes de la maladie, et en dernier résultat le moyen auquel on a le plus généralement recours. La guérison des anévrysmes poplités admet l'emploi de trois méthodes distinctes : suivant qu'on lie les deux extrémités du vaisseau qui s'y abouchent, après avoir ouvert le sac ; qu'on lie l'artère entre la tumeur et le cœur en la respectant ; ou enfin qu'on pratique la ligature au-dessous de l'anévrysme. Nous nous abstiendrons de discuter la valeur respective de ces trois méthodes ; nous nous occuperons seulement de la seconde, qui est la plus généralement adoptée. Cette méthode, dite d'Anel, fut employée successivement, d'abord par Desault, qui l'appliqua le premier à l'anévrysme poplité, en liant l'artère au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, immédiatement au-dessus de l'anévrysme ; par Hunter, qui porta la ligature au-dessus de cet anneau, à une plus grande distance de l'anévrysme ; et plus tard par Scarpa, qui donna le précepte de lier le tronc fémoral au tiers supérieur de la cuisse. Il est facile de voir que ces modifications successives découlent toutes du principe général émis et pratiqué par Anel, dans un cas d'anévrysme de l'artère brachiale.

Il est quelques règles générales applicables à la ligature de l'artère fémorale, pour les anévrysmes de la poplitée, selon la méthode d'Anel. D'abord, il convient de placer la ligature assez loin de la tumeur, pour que la plaie résultant de l'opération n'exerce aucune influence sur la collection sanguine, en y excitant, par exemple, un travail inflam-

matoire, et d'agir assez loin d'elle pour découvrir et lier une portion saine de l'artère ; ensuite, il faut éviter qu'entre la ligature et l'anévrysme se trouve une branche assez considérable pour alimenter celui-ci ; et en dernier lieu, la ligature doit être placée de telle sorte qu'elle ne soit pas trop rapprochée d'une branche collatérale située au-dessus, et dont l'oblitération serait aussi inévitable que fâcheuse. Le procédé employé par Desault peut ne pas mettre à l'abri du premier de ces inconvénients ; et quoique, d'ailleurs, il ne soit pas rare de voir naître les artères articulaires supérieures au-dessus du point qu'il conseille de lier, leur origine habituelle au-dessous conduirait à produire le second des inconvénients que j'ai signalés. Le procédé de Scarpa, d'une exécution plus facile, peut, en raison du plus ou moins d'élévation de la naissance de la grande collatérale fémorale, entraîner l'oblitération de ce vaisseau, sur l'intégrité duquel se fonde principalement la continuation de la circulation dans le membre, postérieurement à la ligature du tronc fémoral.

Le procédé de Hunter, exempt de ces inconvénients et auquel on ne peut reprocher peut-être qu'un peu plus de difficulté dans son exécution, nous paraît obtenir, sinon une préférence exclusive, au moins pouvoir leur être avantageusement comparé.

Le manuel opératoire en lui-même, les soins consécutifs qu'exige le malade après l'opération, les divers accidents consécutifs contre lesquels on doit se tenir en garde pour les prévenir et auxquels le chirurgien doit être prêt à porter remède, n'offrent rien de spécial. Guidé par des connaissances anatomiques précises, pour ce qui a trait à l'opération elle-même, il n'a qu'à faire à son malade l'application des règles générales que réclament les cas analogues.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, Président.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Suppléant.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Examinateur.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinateur.*
ESTOR, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.